

MORTALITE MATERNELLE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE SEGOU AU MALI ETUDE RETROSPECTIVE SUR 138 CAS

Traore.B¹, Thera.T.A¹, Kokaina C.¹, Beye.S.A², Mounkoro.N³, Teguede.I³, Dolo.A

¹ Service de Gynécologie Obstétrique du CHR de Ségou, Mali ; ² Service d'Anesthésie Réanimation du CHR de Ségou, Mali ; ³ Service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

RESUME

La mortalité maternelle demeure une sérieuse menace surtout pour les pays en développement. Nous nous sommes proposé de déterminer la fréquence ; les causes et les facteurs contribuant à la mortalité maternelle en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 138 cas allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2008 à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou.

Le taux de mortalité maternelle obtenu a été de 2031 pour 100000NV.

Les causes obstétricales ont dominé avec les hémorragies (38,4%) ; l'anémie (26,8%) ; les complications hypertensives (20,2%) ; les infections (13,0%). Les facteurs de risque tel que l'âge ; la parité ; les sans profession ; les non scolarisées ; associés au retard d'évacuation et à l'insuffisance du plateau technique ont contribué à grever le tableau clinique de nos patientes.

La question de la mortalité maternelle interpelle tout un chacun de nous ; principalement le personnel de santé. Sa réduction passe par une action coordonnée et efficace à tous les niveaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Mots-clés : Mortalité maternelle ; facteur de risque ; prévention des décès ; Ségou ; Mali

SUMMARY

Maternal mortality remains a serious threat especially to developing countries. We proposed to determine the frequency, causes and contributing factors to maternal mortality in order to improve the quality of care. This is a retrospective study on 138 cases from 1 January 2005 to 31 December 2008 at the Maternity Center Hospital Régional of Ségou. The maternal mortality rate was obtained in 2031 for 100000 live birth. The causes were dominated with obstetric hemorrhage (38.4%), anemia (26.8%), hypertensive complications (20.2%), infections (13.0%). Risk factors such as age, parity, without the occupation, the non-educated; associated with delayed evacuation and the lack of the technical burden contributed to the clinical picture of our patients. The issue of maternal mortality calls everyone of us, mainly health staff. Its reduction passes by a coordinated and effective action on all the levels of care in pregnancy and childbirth.

Keywords: Maternal mortality, risk factors, prevention of death, Segou, Mali

INTRODUCTION

La mortalité maternelle se définit comme le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse ; quels que soient la durée ou le siège de celle-ci ; pour n'importe quelle cause due ou aggraver par la grossesse ; mais ni accidentelle ni fortuite (1). Dans beaucoup de pays ; mettre un enfant au monde demeure une aventure périlleuse.

Selon le rapport annuel de l'Unicef ; plus d'un demi-million de femmes meurent tous les ans ; dans le monde dès suites d'une grossesse ou d'un accouchement difficile.

Depuis la fin des années 1980 ; l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des décès liés à la maternité ont été au centre des préoccupations de plusieurs sommets et conférences internationaux ; notamment lors du Sommet du Millénaire qui s'est tenu en 2000.

Dans le cadre du suivi des OMD ; la communauté internationale s'est engagée à faire baisser le rapport de la mortalité maternelle des trois quart entre 1990 et 2015 (2). En dépit des progrès de la technologie ; la situation des femmes en période de grossesse reste préoccupante du fait qu'elles soient en

position de risque élevé de mourir soit durant la grossesse ou lors de l'accouchement ou en suites de couches.

La hantise de ce drame explique les inquiétudes grandissantes des parents et des familles lorsqu'une de leurs filles est enceinte (3). L'OMS ; l'UNICEF ; le FNUAP ont déjà tenté à trois reprises d'établir des estimations de la mortalité maternelle qui soient comparables au plan international.

Sur un total estimé de 536000 morts maternelles dans le monde en 2005 ; la part des pays en développement s'élevait à 99% (533000 décès).

L'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud ont donc représenté à elles deux 86% de l'ensemble des décès maternels dans le monde en 2005.

Les pays africains restent les plus concernés avec un risque cent fois plus élevé que dans les pays développés (4)

Mille six cent femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse ou l'accouchement soit un décès par minute (5)

Parallèlement 50 millions de femmes souffrent de complications liées à la maternité.

Le risque de décès durant la vie d'une mère est de 1/12 en Afrique Occidentale par rapport à l'Amérique du Nord où ce risque est de 1/3700 (6)

Le Mali est l'un des pays où le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé au monde ; 464 pour 100000 naissances vivantes selon l'Enquête Démographique et de Santé au MALI en 2006 (7)

Le but de notre étude avait pour objectif d'étudier les aspects sociodémographiques ; cliniques ; et étiologiques de la mortalité maternelle à la maternité du CHR de Ségou ; dans le but de dégager des recommandations pour améliorer la prise en charge des patientes afin de réduire la mortalité maternelle.

MATERIELS ET METHODES

IL s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée à la maternité du CHR de SEGOU au MALI ; maternité de référence de niveau 2.

Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers médicaux ; des registres d'accouchement ; et des registres de compte rendu opératoire.

RESULTATS

Fréquence : Pendant la période d'étude ; nous avons enregistré 6792 naissances vivantes ; 138 décès maternels ont été observés.

Le taux de mortalité maternelle a été de 2031 pour 100000 naissances vivantes.

Caractéristiques sociodémographiques : La moyenne d'âge était de 35,5 ans avec des extrêmes de 14 à 43 ans.

La tranche d'âge de 20 à 25 ans a été la plus représentée avec 26,1% ; 22,5% étaient des adolescentes.

La quasi-totalité de nos patientes étaient mariées (99,3%) ; 97 (70,3%) n'avaient aucun niveau d'instruction.

Plus de la moitié de nos patientes ; 88 soit 73,8% provenaient hors de la ville de Ségou

La parité variait de 0 à 12 ; les primipares ont été les plus représentées ; 39 soit 28 ,2% ; suivies des primipares 33 soit 23,2% des patientes

Age :

Age	Effectif	Fréquence
14 - 19	31	22,5%
20 - 25	36	26,1%
26 - 31	30	21,7%
32 - 37	27	19,6%
38 - 43	14	10,1%
Total	138	100,0%

Niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence
Secondaire	2	1,4%
Primaire	39	28,3%
Aucun	97	70,3%
Total	138	100,0%

Statut matrimonial :

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence
Mariée	137	99,3%
Célibataire	1	0,7%
Total	138	100,0%

Parité :

Parité	Effectif	Fréquence
Nullipares	20	14,5%
Primipares	33	23,9%
Pauci pares	28	20,2%
Multipares	39	28,2%
Grandes multipares	18	12,9%
Total	138	100%

Résidence :

Résidence	Effectif	Fréquence
SEGOU	50	36,2%
Hors de SEGOU	88	63,8%
Total	138	100,0%

Les facteurs de risque :

Facteurs de risque	Effectif	fréquence
Age ≤ 18 ans	20	14,5%
Age ≥ 35 ans	27	19,5%
Célibataires	1	0,7%
Nullipares	20	14,5%
Grandes multipares	18	13,0%
Hémorragie	43	31,1%
HTA	26	18,8%
Anémie sévère	38	27,5%
Coma	3	2,1%
Cardiopathie décompensée	1	0,7%

L'hémorragie a prédominée dans notre série avec 43 cas soit 31,1% ; suivie de l'anémie chronique ; 38 cas soit 27,5%
3 patientes étaient admises dans le coma soit 2,1%

Mode d'accouchement :

Mode d'accouchement	Effectif	Fréquence
Voie basse	52	57,1%
Césarienne	26	18,6%
Laparotomie	22	12,4%
Total	100	100%

Lieu d'accouchement

	Effectif	Fréquence
Domicile	2	1,4%
CSCOM	30	21,7%
CS .Référence	12	8,6%
CHR	56	40,5%
Total	100	100,0%

Un peu plus de la moitié de nos patientes ont accouché à la maternité du CHR (40,5%) ; alors que 21,7% ont accouché dans les CSCOM.

INCIDENCE

➤ **138 décès maternels parmi 7272 grossesses, accouchements ou suites de couches soit:**

=====> **Taux d'incidence 1,89%**

Décès par année

Année	Nombre
2005	56
2006	36
2007	20
2008	26
Total	138

Ratio de mortalité maternelle

- Ratio de Mortalité Maternelle (RMM)
- Nombre total de décès maternel = 138
- Nombre total de naissances vivantes = 6792

RMM = 2031,80 pour 100000 NVV

RMM par année

Année	N. vivantes	décès mat	RMM
2005	1590	56	3522,01
2006	1608	36	2238,80
2007	1785	20	1120,44
2008	1809	26	1437,25
Total	6792	138	2031,80

Moment de décès des parturientes :

Moment du décès des patientes	Effectif	Fréquence
Après accouchement	100	72,4%
Voie basse	52	37,6%
Césarienne	18	18,8%
Laparotomie	15	15,9%
Au cours de l'accouchement	2	0,7%
Voie basse	1	0,7%
Pendant l'intervention	1	0,7%
Avant accouchement	31	22,4%
Après avortement	5	3,6%
Total	138	100%

La majeure partie de nos patientes sont décédées après l'accouchement (100 patientes ; 72,4%) ; 2 patientes sont décédées au cours du travail.

Nous avons enregistré 11 patientes (8%) qui sont décédées immédiatement après leur admission au service avant tout soin.

Causes de décès des patientes :

Causes	Effectif
Fréquence	
Hémorragie	53
38,4%	
HRP	1
0,7%	
Rupture utérine	2
15,9%	
Hémorragie de la délivrance	18
13,0%	
Déchirure cervicale	1
0,7%	
Placenta prævia	6
4,3%	
Avortement	2
1,4%	
GEU	3
2,1%	
Infections	18
13,0%	
Post partum	8
5,7%	
Perpartum	7
5,0%	
Post abortum	3
2,1%	
Complications HTA	28
20,2%	
Pré éclampsie sévère	2
1,4%	
Eclampsie	26
18,8%	
Anémie	39
28,2%	
Pendant la grossesse	37
26,8%	
Après accouchement	2
1,4%	

L'hémorragie a été la plus grande cause de mortalité dans notre série avec 53 patientes (38,4%) ; suivie de l'anémie chronique et des complications de l'HTA avec respectivement 26,8% et 20,2%. Deux patientes sont décédées de causes indirectes (1,4%)

Délai entre admission et décès :

Délai de décès	Effectif	Fréquence
< 24 heures	111	81,0%
24 - 72 heures	10	7,3%
4 - 7 jours	10	7,3%
> 7 jours	7	5,0%
Total	138	100,0%

Le séjour dans le service était inférieur à 24

heures chez 111 patientes (81,0%) ; 7 patientes ont séjourné dans le service avant leur décès.

Observations sur les dossiers :

Observation	Effectif	Fréquence
Insuffisance d'antibiotiques	16	11,5%
Insuffisance de réanimation	32	23,1%
Insuffisance de sang	75	54,3%
retard à l'évacuation	15	10,8%
Total	138	100,0%

A 99% dans notre série ; le décès maternel aurait pu être évité n'eut été le manque de sang chez 75 patientes,(54,3%) ; l'insuffisance de réanimation dans 23,1% des cas ; l'insuffisance d'antibiothérapie adéquate dans 11,5% des cas et le retard à l'évacuation dans 10,8% soit 15 patientes.

DISCUSSION :

Le taux de mortalité maternelle dans notre étude a été de 2031 pour 100000 naissances vivantes. Celui-là est inférieur à taux obtenu par LANKOANDE au Burkina Faso (8); 4110/100000 NV ; celui de NAYAMA (9) au Niger avec 3063/100000NV et de FOURN (3) au Bénin qui a obtenu 3500/100000NV.

Par ailleurs notre taux est supérieur à celui de DIALLO (10) en Guinée ; 589/100000NV en 1993 ; l'OMS (4;6) 923/100000NV; celui obtenu par BOHOUSOU à Abidjan 224/100000NV en 1988(11).

Gandzien (12) en 2002 à Brazzaville trouve un taux qui est nettement inférieur au notre ; 288/100000 NV

Les taux que nous avons obtenus sont nettement supérieurs à ceux des pays développés ; pour 100000NV entre 1995 et 1999 ; 3,3% en Norvège ; 4,3% en Belgique 6,9% au Royaume Uni (13).

En France ; la mortalité maternelle est inférieure à 10/100000 NV (14)

Le décès maternel demeure un problème de santé publique dans les pays en développement dont l'Afrique ; déjà par le poids des maladies infectieuses et de la famine. Le Mali n'échappe nullement à cette triste réalité qui draine peu d'actions pertinentes de prévention malgré l'incidence croissante des décès de femmes durant la grossesse et à l'accouchement.

Le développement sanitaire ; la qualité du personnel sanitaire ; la qualité et la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence dans les pays du nord expliquent ce grand écart de mortalité maternelle avec ceux du sud.

La moyenne d'âge a été de 35,5 ans ; ce qui est supérieur à celle de NAYAMA(9) 24,6 ans ; du groupe MOMA (15) 26,2 ans à Abidjan ; 31,4 ans à Bamako ; 25 ans à Nouakchott. La précocité du mariage ; le faible taux de scolarisation des jeunes filles ; le faible taux de couverture en contraception ; le faible revenu des femmes expliqueraient les taux élevés de mortalité maternelle dans nos pays. La parité a été un facteur déterminant dans la survenue de décès. Les multipares (28,2%) et les primipares (23,9%) ont été les plus représentées dans notre étude.. Ceci a été confirmé par des études antérieures réalisées par TAHER en 1994 (16) ; ADDI en 1999 (17), BOUISRI en Algérie (18) et de MOODLEY en 2003 en Afrique du Sud (19).

Contrairement à l'étude de NAYAMA ; une plus grande partie de nos patientes provenait de la périphérie de la ville de Ségou ; 88 soit 63,8% ; sachant que la distance à parcourir est un facteur déterminant dans la survenue de la mortalité maternelle.

Certains facteurs de risque ont été retrouvés chez les patientes à leur admission. Ces facteurs associés aux moyens précaires mis à la disposition de nos services ont contribué à grever le pronostic vital de nos patientes.

Nous avons enregistré 72,4% de décès après l'accouchement ; supérieur à celui de NAYAMA(9) qui était de 68,3% ; YAHAYA 50% (20) ;

Nos résultats sont comparables à ceux de DIALLO(10) à Conakry (73,07%) (6).

Ces résultats dénotent une insuffisance dans la prise en charge au moment de l'accouchement et en post partum.

Les stratégies de lutte contre la mortalité et la morbidité fœto-maternelle fondées sur la promotion des CPN doivent mettre surtout l'accent sur la perception du risque pour chaque grossesse en vue d'une meilleure prise en charge au moment de l'accouchement. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de qualité demeure une nécessité absolue au niveau de nos formations sanitaires.

Dans notre étude 111 patientes (81%) sont décédées le jour de leur admission et parmi ces 111 ; 11 sont décédées quelques instants après leur arrivée au service avant de recevoir des soins.

Les causes de décès dans notre étude sont diverses ; mais sont dans la presque majorité des cas évitables à 95%. Ces résultats sont comparables à ceux de DIALLO (10) et supérieurs à ceux de BOHOSSOU (11) (89%) et NAYAMA(9) (84,6%).

L'hémorragie a été la première cause de décès dans notre étude avec 53 cas soit 38,4%. La rupture utérine a occupé la 1^{ère} place suivie de l'hémorragie de la délivrance.

Cette hémorragie est retrouvée dans la littérature comme 1^{ère} cause de décès non seulement dans les pays en développement mais aussi dans les pays développés (8 ; 10 ; 11). L'anémie fut également déterminante dans la genèse des décès avec 37 cas soit 26,8%.

Dans les pays en voie de développement ; 60% des gestantes ont une anémie nutritionnelle.

Au causes réellement obstétricales ; s'associent des causes liées au sous développement tel l'analphabétisme ; la pauvreté ; la malnutrition ; les pratiques traditionnelles et le sous équipement médical tant technique que humain (21).. Dans notre série ; en plus des facteurs de risque ; certaines insuffisances ont grevé le pronostic vital des patientes. Il s'agit de :

- manque de produits sanguins 75 cas
- insuffisance de réanimation 32 cas
- insuffisance d'antibiotiques 16 cas
- retard à l'évacuation 15 cas

Les experts s'accordent à reconnaître que tous les décès maternels peuvent être prévenus avec des soins adéquats prénatals et postnatals ainsi qu'une aide qualifiée à l'accouchement et la disponibilité de soins d'urgence pour les complications sérieuses.

Les interventions cliniques requises pour éviter une large partie de la charge de morbidité maternelle requièrent un système de santé qui fonctionne relativement bien.

Aucune intervention de santé ne peut à elle seule réduire de façon notable la mortalité maternelle(22).

Une meilleure coordination ; supervision et surtout une bonne formation et continue des acteurs impliqués dans la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et périnatale s'avèrent indispensables.

Le retard et les conditions d'évacuation ; le manque constant de produits de 1^{ère} nécessité surtout les produits sanguins ; les conditions techniques précaires et le manque de personnel qualifié sont des éléments déterminant pour la survie des patientes.

Conclusion :

Si dans les pays développés la mortalité maternelle est devenue très faible ; elle demeure encore très élevée dans les pays en voie de développement. La mortalité maternelle de part son ampleur ; constitue non seulement une tragédie mais aussi et surtout une injustice sociale portant atteinte aux droits fondamentaux de la femme.

L'éradication de ce fléau passera nécessairement par la formation de personnel qualifié et leur bonne répartition sur le territoire ; l'organisation d'un bon système de référence évacuation et l'équipement des structures en produits de 1^{ère} nécessité.

Dans les formations sanitaires ; l'audit clinique des cas de morbidité et de mortalité maternelle

s'avère nécessaire dans le but d'améliorer ce drame.

Bibliographie

1 - MERGER.R ; LEVY.J ; MELCHIOR.J Précis d'obstétrique 6^{ème} édition MASSON Paris 1995 : 471

2 - OMS-UNICEF-FNUAP-Banque Mondiale Mortalité maternelle en 2005 www.who.int: 54

3 - FOURN L. ; LOKOSSOU ; FAYOMI EB. ; YACOUBOU. Mortalité maternelle évitable en milieu hospitalier dans un département au Bénin Méd ; Af Noire : 2000 ;47(1)

4 - OMS Sous estimation de la mortalité maternelle ; Presse OMS. Communiqué OMS/7 ; Genève 5 Fev -1996 :1-2

5 - VAN LERBERGHE.W ; DE BROUWERE.V : Reduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté

Studies in health service organisation and policy ; 18. 2001 :1-6

6- OMS Estimations révisées pour 1990 de la mortalité : nouvelle méthodologie. OMS/UNICEF ; OMS Genève 1996

7 - MINISTERE DE LA SANTE DU MALI Enquête Démographique et de Santé 4^{ème} Edition 2006 : 199

8 - LANKOANDE.J ; OUEDRAOGO.C ; TOURE.B ; OUEDRAOGO.A ; DAO.B ; KONE.B La mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou (BF) : à propos de 123 cas colligés en 1995 Méd. Af Noire ; 47(1) : 22-26

9 - NAYAMA.M ; DJIBO.A ; GARBA.M ; et Al. Mortalité maternelle au niveau d'une maternité de référence du Niger :Etude prospective à propos de 104 cas . Méd . Af Noire-2006-53(12).. 687-693

10 - MOODLEY.Y Saving mothers SAJOG ; ZAF ;DA 2003 ; Vol.9 ;N°2 : 31-34

11- BOHOUSSOU.M.K ; DJANHANJ.Y ;BONI.S ; KONE.N ; WELFFRENS-EKRA.CH ;TOURE.C.K

La mortalité maternelle à Abidjan en 1988 Méd ; Af Noire ; 39(7) ; 480-484

12- GANDZIEN.P.C La mortalité maternelle au Centre Hospitalier de Talangai- Brazzaville. Méd. Af Noire 2005- 52(12). 657-660

13- BOUVIER-COLLE.M.H ; BEART.G La mortalité maternelle en France : pourquoi la surveiller et comment ?

Gynécologie Obstétrique et Fertilité.32(11) ; 2004 :925-926

14 - MERGER.R ; LEVY.J ; MELCHIOR.J Précis d'obstétrique 5^{ème} édition MASSON Paris 1993.

15 - OUEDRAOGO.C ;BOUVIER-COLLE M.H Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : Comment ; Combien et Pourquoi?. Gynécol.Obstet Biol Reprod (Paris). 2002 Feb ; 31(1) : 80-89

16 - TAHER.M

Mortalité maternelle en milieu urbain à Niamey : Etude qualitative de 25 cas. Thèse de Médecine- Niamey. 1994 ; N°894

17- ADDI.M.N

Morbidité et mortalité materno-fœtale des évacuations sanitaires obstétricales à la maternité Issaka GAZOBY. Thèse de Médecine.Niamey (Niger).1999

18- BOUISRI.A : Mortalité maternelle en Algérie AMEP ; 2001 ; 1-10

19 - DIALLO.F.D ; DIALLO.A.B ;GOMA.O ; CAMARA.Y ; CISSE.M ;DIALLO.M.S

Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie.

Med. Af Noire 1998 ;45(12) ; 925-926

20 - YAHAYA.Y. Etude de la mortalité maternelle en milieu urbain : utilisation de la méthode indirecte des sœurs.

Thèse de médecine Niamey. Niger .1996. N°938

21 - PAPIERNIK.E ; CABROL.D ; PONS.J.C Obstétrique. Edition Flammarion :1359

22 - Disease Contrôle Priorities Project. La mortalité maternelle : un manque de progrès inacceptables www.dcp2.org: Mars 2007